

УДК: 616.12-005.4+616.12-008.331+616.831-005

*В.А. Ежова, А.Ю. Царёв, И.В. Дроздова, Л.А. Куницына, С.В. Словеснов, С.Д. Бойко.***КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ
АТЕРОСКЛЕРОЗОМ В УСЛОВИЯХ КУРОРТА**Крымский Республиканский НИИ физических методов лечения и медицинской климатологии им.
И.М. Сеченова

Ключевые слова: качество жизни, церебральный атеросклероз, санаторно-курортное лечение

По данным ряда авторов [1,2,4,8] социальные, экономические и медицинские последствия медленно прогрессирующих цереброваскулярных заболеваний - церебрального атеросклероза (ЦА) [I67.2] и гипертонической энцефалопатией (ГЭ) [I67.4] с исходом в инсульт или деменцию, являются в современный период предметом детального углублённого изучения, так как они представляют существенную угрозу в утрате интеллектуального потенциала нации. Оценивая значительное число исследований в данном направлении следует отметить, что проблема качества жизни (КЖ) указанных больных в литературе освещена недостаточно [3,4]. Соответствующее направление исследований сформировалось к 60-м годам прошедшего столетия. Особенно остро потребность в оценке КЖ больных возникает при необходимости дальнейшей оптимизации реабилитации, т.к. эти заболевания имеют чёткую выраженную социальную значимость. В НИИ им. В.М. Бехтерева было проведено биопсихосоциальное обоснование выделенных трёх её видов - медицинской, социально-трудовой и семейной [5]. По мнению ряда авторов [3,7] слабым звеном оценки эффективности проводившихся различным больным реабилитационных мероприятий явилось то, что хотя она и объективизировалась клинико-параклиническими данными, но ощущалась теми, кто её проводил, т. е. врачами и другими специалистами. Мнение самого больного учитывалось несколько формально, без учёта социально-психологических показателей, определяющих качество его жизни. В связи с этим проблема разработки различных аспектов КЖ больных становится всё более актуальной. В эпоху доказательной медицины КЖ является одним из ключевых понятий, позволяющих дать глубокий, многоплановый анализ биологических, индивидуально-личностных и социальных проблем больного человека и, конечно, не всегда оценка пациентом прове-

денного лечения совпадает с мнением врача.

Основной задачей настоящего исследования явилось определение интегративной взаимосвязи санаторно-курортного лечения и КЖ больных ЦА и ГЭ. Был использован опросник SF-36 а также КНЦ, АМНР НИИ неврологии АМНР и НИИ им. В.М. Бехтерева [3].

Обследовано 140 больных ЦА (ДЭ II) в возрасте от 47 до 76 лет (мужчин - 80, женщин - 60). Больные были разделены на 2 группы: в I группу вошли 77 больных ЦА (ДЭ II), во II группу - 57 больных ЦА (ДЭ II) в сочетании с сопутствующей ГЭ II ст.

При выполнении работы кроме опросников КЖ были использованы блок психологических тестов Кеттелла, Спилбергера, Люшера, ЛОБИ, корректурная проба, тест на запоминание 10 слов, ЭЭГ («Nihon Kohden» Japan), РЭГ, ЭКГ, ТПРГ, липидокоагулограмма, опросники А.М. Вейна. Атеросклеротическое поражение магистральных артерий головы было подтверждено ТЦ УЗДГ («Vasoflo», GB). При формулировании диагноза использовались классификация сосудистых заболеваний головного мозга Е.В. Шмидта [9] и МКБ-X [6].

В комплексном лечении больных применялось дифференцированное использование климатотерапии, кинезотерапии, морские купания, аэрогелио-талассотерапия (в летний период года). Наряду с этим применялась специальная психотерапия (интегративный вариант) - её индивидуальные и коллективные формы, ароматерапия композиции ЭМ «Полиол» (С.С. Солдатченко, патент Украины № 41560) которая сочеталась с различными видами массажа, электромагнитными излучениями нано- и миллиметрового диапазона по оригинальным методикам, разработанным авторами работы. Части больным в зимний период года проводилась ночная ароматизация палат.

По результатам заполнения опросников рас-

считывали три интегральных показателя: индекс КЖ (ИКЖ), индекс выбранных шкал (ИВШ), индекс тяжести болезни (ИТБ). Статистическая обработка материала проводилась с применением программы STATISTIKA 5,0 (Stat Soft, США).

Наряду с жалобами на головную боль, головокружение, тяжесть в теменно-затылочной области, мелькание мушек перед глазами, снижение памяти, слуха, зрения, боли в области сердца, позвоночника, у больных ЦА регистрировались в большей степени слабодушие, снижение памяти, брадикинезия и замедление психических процессов, вялость, тревожность, снижение фона настроения, а у больных ЦА в сочетании с ГЭ - эмоциональная неустойчивость, тревожность, расторможенность, ажитированность, эйфория, вегетативно-сосудистые нарушения были более выражены, чем у больных I группы.

У лиц I и II групп ИКЖ составлял $24,9 \pm 0,17$ и $27,8 \pm 0,15$ балла ($P < 0,05$); ИВШ - $15,9 \pm 0,57$ и $17,1 \pm 1,24$ балла ($P < 0,05$); ИТБ - $1,5 \pm 0,14$ и $1,6 \pm 0,05$ балла ($P < 0,05$), соответственно.

По мере увеличения длительности заболевания, вне зависимости от возраста больного, ухудшались параметры КЖ больных.

Характер клинических проявлений заболевания у пациентов I и II группы, наличие преморбидных личностных особенностей, психоэмоционального состояния в значительной степени оказывали влияние на субъективную оценку КЖ этими больными. Так, причинами снижения КЖ больных ЦА (I) оказывались головные боли (63,6%), приступы головокружения или внезапной, кратковременной потери сознания по типу ТИА (58,4%), слабость, утомляемость (79,2%), снижение настроения (84,4%), появление беспокойства за своё здоровье, жизнь (66,2%), необхо-

димость постоянно лечиться (71,4%), материальные расходы связанные с лечением (79,2%), побочные эффекты от принимаемых лекарств (31,2%), затруднения в профессиональной сфере (41,6%), затруднения в занятиях спортом, хобби (68,8%), затруднения в сексуальной сфере (27,3%), необходимость соблюдения диеты (71,4%), необходимость ограничений физических усилий и умственной работы (71,4%), необходимость избегать эмоциональные нагрузки (81,8%), ухудшение сна (68,8%), изменения в отношениях с близкими и друзьями (55,8%), а у больных II группы соответственно выше - 71,4%, 71,4%, 87,7%, 87,7%, 82,5%, 79,0%, 87,7%, 64,9%, 45,6%, 80,7%, 40,4%, 70,2%, 82,5%, 92,8%, 79,0%, 68,4%. Исползованные опросники количественной и качественной оценки КЖ у наблюдаемых больных адекватно отражали это сложное понятие, коррелируя с клиническими данными. Под влиянием проведенного лечения отмечалась благоприятная динамика клинико-неврологических симптомов, показателей специальных исследований, что нашло своё отражение в изменениях показателей КЖ больных ЦА, а также ЦА в сочетании с ГЭ. Об эффективности санаторно-курортного лечения свидетельствует динамика интегративного показателя КЖ в процессе реабилитации.

Субъективную оценку КЖ у наблюдаемых нами больных наряду с данными психоэмоционального состояния, параклинических исследований целесообразно использовать для оценки проводимого лечения и его оптимизации. Выраженный прирост под влиянием лечения регистрировался по шкалам физического и психического благополучия, работоспособности, межличностного взаимодействия, общего восприятия КЖ, духовной реализации.

В.О. Єжова, О.Ю. Царьов, І.В. Дроздова, Л.О. Куніцина, С.В. Словеснов, С.Д. Бойко

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ В УМОВАХ КУОРТУ ХВОРИХ НА ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ

Кримський Республіканський НДІ фізичних методів лікування та медичної кліматології ім. І.М. Сеченова

Обґрунтована доцільність клініко-фізіологічного дослідження якості життя при комплексному лікуванні хворих на церебральний атеросклероз. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 3 (13). — С.181-183)

V.A. Yezhova, A.Y. Tzarev, I.V. Drozdova, L.A. Kunitsyna, S.V. Slovesnov, S.D. Boyko

THE LIFE QUALITY AND REHABILITATION TO PATIENTS WITH CEREBRAL ATHEROSCLEROSIS IN THE HEALTH RESORT

Crimean Sechenov research institute of physical methods of treatment and medical climatology,
department of neurology

The quality of life of 140 patients with cerebral atherosclerosis combined hypertensive dyscirculatory encephalopathy, clinico-physiological and psychological data the treatment by in the health resort it is necessary. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.181-183)

Литература

1. Віничук С.М. Судинні захворювання нервової системи. - К.: Наукова думка, 1999. -250 с.
2. Волошин П.В., Тайцлин В.И. Лечение сосудистых заболеваний головного и спинного мозга. -М.: Знание, -1999. -555 с.
3. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники медицинской реабилитации. М.: "Антидор". -2002. -439 с.
4. Жданов В.С., Вихерт А.М., Стернби Н.Г. Эволюция и патоморфоз атеросклероза у человека. -М. -"Триада X". -2002. -143 с.
5. Кабанов М.М. Реабилитация психических больных. -Л. -1985. -212 с.
6. Методичні рекомендації по впровадженню в практику Міжнародної класифікації хвороб та споріднених проблем 10 перегляду. Київ-Чернівці. -1999. -47 с.
7. Новак А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. -Сп.б: ЭЛБИ. -1999. -201 с.
8. Солдатченко С.С., Царёв А.Ю., Ежова В.А., Куницына Л.А., Глотова Г.И. Церебральный атеросклероз // Крымск.мед.формуляр. -2003. -№5. -91 с.
9. Шмидт Е.В. Классификация сосудистых поражений головного мозга //Журн. неврол. и псих. им. С.С. Корсакова. -1985. -№9. -С.1281-1288.

Поступила в редакцию 9.06.2004